

Année 1954

~~1955~~

N°

25

T H È S E
pour le
DOCTORAT EN MEDECINE
(Diplôme d'Etat)

Par

CHAUVOT Louis

Né le 1er Juin 1925
à POISEUL-LA-VILLE (Côte-d'Or)

CONTRIBUTION A L'ETUDE
DE LA PATHOLOGIE DU PYLORE
EN DEHOTS DES AFFECTIONS
ULCEREUSES OU CANCEREUSES.

Président : Monsieur le Professeur MOREAU

Editions AGEMP.

1. E. 1.

1906

PLANTAS DE MENDOZA Y SAN JUAN

1906

PLANTAS DE MENDOZA Y SAN JUAN

1906

PLANTAS DE MENDOZA Y SAN JUAN

1906

PLANTAS DE MENDOZA Y SAN JUAN

1906

PLANTAS DE MENDOZA Y SAN JUAN

1906

1906

PLANTAS DE MENDOZA Y SAN JUAN

PLANTAS DE MENDOZA Y SAN JUAN

Nom du candidat : CHAUVOT

Prénoms : Louis, Henri, Jean.

N°

Date de la soutenance :

1

CHAUVOT Louis, Contribution à l'étude de la pathologie du pylore, en dehors des affections ulcéreuses ou cancéreuses
Thèse Méd. Paris 1954
N°
Dact. in-4°, 60 p.
Ed. AGEMP, 1954

2

CHAUVOT Louis, Contribution à l'étude de la pathologie du pylore, en dehors des affections ulcéreuses ou cancéreuses
Thèse Méd. Paris 1954
N°
Dact. in-4°, 60 p.
Ed. AGEMP, 1954.

3

CHAUVOT Louis, Contribution à l'étude de la pathologie du pylore, en dehors des affections ulcéreuses ou cancéreuses
Thèse Méd. Paris 1954
N°
Dact. in-4°, 60 p.
Ed. AGEMP, 1954

4.

CHAUVOT Louis, Contribution à l'étude de la pathologie du pylore, en dehors des affections ulcéreuses ou cancéreuses.
Thèse Méd. Paris 1954
N°
Dact. in-4°, 6P p.
Ed. AGEMP, 1954.

Année 1954

N°

T H E S E
pour le
DOCTORAT EN MEDECINE
(Diplôme d'Etat)

Par

CHAUVOT Louis
Né le 1er Juin 1925
à POISEUL-LA-VILLE (Côte-d'Or)

CONTRIBUTION A L'ETUDE
DE LA PATHOLOGIE DU PYLORE
EN DEHOTS DES AFFECTIONS
ULCEREUSES OU CANCEREUSES.

Président : Monsieur le Professeur MOREAU

Editions AGEMP.

DOYEN HONORAIRE :

M. BAUDOIN

PROFESSEURS HONORAIRES :

MM. BAUDOIN - BRINDEAU - CADENAT - CARNOT - CHABROL -
CHEVASSU - CHIRAY - CLERC - DELBET - GOUGEROT (H) -
GUILLAIN - HARVIER - LAUBRY - LEMAITRE - LEMIERRE -
LHERMITTE - LIAN - LOEPER - MARION - MATHIEU -
MOCQUOT - MULON - OLIVIER (E) - OMBREDANNE - SANNIE -
SEZARY - TANON -

DOYEN Léon BINET
(Membre de l'Institut)

ASSESSEUR Jean VERNE

I - PROFESSEURS

MM.

Anatomie	CORDIER (G)
Anatomie Pathologique	DELARUE (A)
Bactériologie	GASTINEL (P)
Biologie appliquée à l'Education Nationale et aux Sports	CHAILLEY-BERT (P)
Biologie Médicale	VERNE (J)
Cancérologie Médicale et Sociale .	HUGUENIN (R)
Carcinologie	OBERLING
(Hôtel-Dieu	BROCQ (P)
Cliniques (Broussais	DE GAUDARD D'ALLAINES
chirurgicales (Salpêtrière	MONDOR (H)
(Cochin	QUENU (J)
Clinique Chirurgicale réparatrice et Orthopédique	MERLE D'AUBIGNE (R)
Clinique de Cardiologie	DONZELOT (E)
Clinique de Chirurgie Infantile et d'Orthopédie	FEVRE (M)
Clinique de Chirurgie Pleuro-pul- monaire	MONOD (R)
Clinique de la Tuberculose	BERNARD (E)
Clinique de Neuro-chirurgie	PETIT-DUTAILLIS (D)
Clinique de Puériculture	LELONG (M)
Clinique des Maladies cutanées et syphilitiques	DEGOS (R)
Clinique des maladies du sang	CHEVALIER (P)
Clinique des maladies du système nerveux	ALAJOUANINE (T)
Clinique des maladies des enfants	DEBRE (R)
Cliniques des Maladies infectieuses	MOLLARET (P)
Cliniques des maladies mentales et de l'encéphale	DELAY (J)

Clinique du Diabète sucré et des maladies de la nutrition	BOULIN (R)
Clinique Gynécologie	FUNCK-BRENTANO
Clinique Médicale d'Hydro-clima- tologie thérapeutique	JUSTIN-BESANCON
Clinique Médicale Propédeutique ... (Tarnier ..	PASTEUR-VALLERY-RADOT
Cliniques Obstétricales (Baudelocque (Port-Royal	LANTUEJOUL (P)
Clinique Ophtalmologique	LEVY-SOLAL (E)
Clinique Oto-Rhino-Laryngologique	LACOMME (M)
Clinique Physio-Pathologique des problèmes alimentaires (chaire à titre personnel)	ELTER (E)
Clinique Psychiatrique Infantile ..	AUBIN (A)
Clinique Rhumatologique	RICHET (C)
Clinique Stomatologique	HEUYER (C)
Clinique Thérapeutique Chirurgicale	COSTE (F)
Clinique Thérapeutique Médicale ...	DECHAUME (M)
Clinique Urologique	SENEQUE (J)
Embryologie	LEMAIRE
Génétique	FEY (B)
Histoire de la Médecine et de la Chirurgie	GIROUD (A)
Histologie	LAMY (M)
Hygiène et Clinique de la première enfance	MOUQUIN (M)
Hygiène et Médecine Préventive	CHAMPY (C)
Médecine du Travail	CATHALA (J)
Médecine Légale	JOANNON (C)
Parasitologie et Histoire Naturelle Médicale	DESOILLE (H)
Pathologie Chirurgicale	PIEDELIEVRE (R)
Pathologie Exotique	GAILLIARD (H)
Pathologie Expérimentale et comparée	N
Pathologie et Thérapeutique générales	LAVIER (G)
Pharmacologie et matière médicale	LENEGRE (J)
Physico-Chimie médicale (chaire à titre personnel)	N
Physiologie	HAZARD (R)
Physique médicale	DOGNON (A)
Radiologie Médicale	SINET (L)
Technique Chirurgicale	STROHL (A)
Thérapeutique	DESGREZ (H)
Chaire de la Clinique Médico- Sociale du diabète sucré et des maladies de la nutrition	MOULONGUET (P)
	TURPIN (R)
	BOULIN

- III - 6 PROFESSEURS SANS CHAIRE
MAITRE DE CONFERENCES-AGREGES ET AGREGES

Anatomie	(DELMAS (A)
	(DEBEYRE (J)

Anatomie Pathologie	GAUTHIER-VILLARS Mlle P. Pr. s. ch. BUSSE (F) GOUYGOU
Bactériologie	FASQUELLE (R) NEVOT (A)
Biologie Médicale	BOURLIERE
Chimie Médicale	ETTORI (J) Pr.s.Ch. JAYLE (MF) Pr.s.Ch. SCHAPIRA (G)
Dermato-Syphiligraphie	DUPERRAT
Histologie	BUILLARD Pr.s.Ch. COUJARD (R)
Hydrologie	DEBRAY (C)
Hygiène	BOYER DUPARIS (M)
Médecine Légale	DEROBERT (L) HADENGUE GAULTIER (M)
Neuro-Chirurgie	DAVID
Neurologie	SEZE (S. de)
Obstétrique	GRASSET (J) LEPAGE (F) MAYER (M) MERGER (R) PAVINA (J) VARANGOT (J) MORIN
Ophtalmologie	OFFRET (G) DESVIGNES (P)
Orthopédie	JUDET
Oto-Rhino-Laryngologie	HALPHEN (E) P.s.ch. AUBRY MADURO (R) BRUMPT (L)
Parasitologie	CHABAUD
Parasitologie Coloniale	ABOULKER (P)
Pathologie Chirurgicale	BAUMANN (J) GOSSET (J) HUGUIER (J) LAURENCE (G) LEGER (L) OLIVIER (Cl) PADOVANI (P) LORTAT-JACOB POILLEUX (M) ROUX RUDLER (J.C.) VERNE (J.M.)
Pathologie Expérimentale	MERKLEN (P) BERNARD (J) BOUDIN (G)

IV -

Pathologie Médicale	CASTAIGNE (P) CONTE (M) DECOURT (J) DOMART (A) DREYFUS (Gilbert) FAUVERT (R) HAMBURGER (J) KOURILSKY (R) MILLIEZ (P) PERRAULT (M) RAMBERT (P) THIEFFRY (St) TURIAF (J) LAROCHÉ PEQUIGNOT LAMOTTE
Pédiatrie	LAPLANE (R) MARÉE (J)
Pharmacologie	LEVY Mlle Pr. s.ch. CHEYMOL (J.H.) Pr.s.ch.
Physique Médicale	DJOURNO (A) GOUGEROT (L)
Physiologie	BARGETON (D) Pr. s. ch. PARROT (J.L.)
Phtisiologie	KREIS
Psychiatrie	BARUK (H)
Psychiatrie Infantile	MICHAUX (L)
Stomatologie	CHAPUT Mme CERNEA
Puériculture	JOSEPH
Thérapeutique	PERRAULT Chargé de l'Enseignement.
Urologie	KUSS (R)

III - PROFESSEURS HONORAIRES ET AGREGES RAPPELES A L'EXERCICE pour le Service des Examens.

MM. BRINDEAU (A) (Obstétrique), GATELLIER (J) (Clinique
Chirurgicale), LE LORRIER (V) (Obstétrique),
AJDVAUDESCAL (R) (Obstétrique).

IV - PROFESSEURS SANS CHAIRE ET AGREGES CHARGES DE COURS DE CLINIQUE ANNEXE à titre permanent.

Clinique Chirurgicale	MM. AMELINE (A) MENEGAUX (G) PATEL (J) SICARD (A)
-----------------------------	---

MM.

Clinique Médicale	BROUET (G)
	CACHERA (R)
	GARCIN (J)
	HAGUENEAU (M)
	MARCHAL (G)
	SOULIE (E)
Clinique Obstétricale	DIGONNET (L)
	EGALLE (G)
Clinique Ophtalmologique	RENART (G)
Clinique Urologique	COUVELAIRE (R)

MM.

Secrétaire de la Faculté	MOREL (J)
Secrétaire Adjoint	Mlle CHANTREUIL (F)

Conservateur	Dr. A. HAHN
Bibliothécaires	M. DCUAN (G), Mlles DUMAITRE (P), GOICHO (AM), LE NOIR (G), METIN (F)

Par délibération en date du 9 Déc. 1798, l'Ecole a arrêté que les opinions émises dans les dissertations qui lui seront présentées, doivent être considérées comme propres à leurs auteurs et qu'elle n'entend leur donner aucune approbation ni improbation.

A Monsieur le Professeur MOREAU

Qui nous a fait l'honneur
d'accepter la Présidence
de cette thèse.

A Messieurs les Chirurgiens
et Médecins de l'Hôpital
de FONTAINEBLEAU.

A MESSIEURS LES MEMBRES DU JURY

Nous apportons au dossier des maladies de l'estomac cinq observations de syndromes gastro-duodénaux ayant, après un temps plus ou moins long, amené les malades à l'intervention chirurgicale et chez lesquels le chirurgien n'a pas trouvé l'ulcère ou le cancer suspectés, mais des lésions qui se sont révélées du type hypertrophie bénigne de l'antré et du pylore. Malgré des lésions histologiques quelquefois peu typiques et l'absence presque constante de signes radiologiques caractéristiques, nous discutons nos observations dans le cadre de l'atrésie fibromusculaire de l'antré prépylorique décrite par Guy ALBOT et François MAGNIER. Les publications de ces auteurs représentent en effet une tentative réussie de regroupement de toute une série d'affections très diverses si l'on considère leurs noms mais pouvant être ramenées à une seule si l'on considère les lésions histologiques sous l'angle d'une origine commune à savoir la gastrite chronique. D'autre part, l'atrésie fibro-musculaire de l'antré prépylorique est une affection dont le diagnostic radiologique préopératoire est possible et dont le traitement chirurgical peut être discuté.

Et cet idéal en la matière du diagnostic préopératoire courant justifie que l'on suive la route pratique tracée par ALBOT et MAGNIER plutôt que de tenter revenir au petit chaos antérieur par des discussions pathogéniques ou histologiques.

Cette question du diagnostic nous a entraînés sur le terrain de la médecine psychosomatique car nous avons été frappés par la disproportion existant entre les troubles fonctionnels accusés par les malades et les lésions anatomiques dont ils étaient porteurs.

L'existence de ce que l'on peut appeler au minimum "un tempérament nerveux" nous a paru précieuse à reconnaître afin de juger la part qui lui revient dans la symptomatologie. Cette incursion dans le domaine du psychique ne peut s'effectuer sans que l'on rencontre la théorie de la psychogénèse d'une affection organique et nous rapportons cette théorie au sujet de l'atrésie fibro-musculaire de l'antrum prépylorique.

Enfin le problème du traitement, qui est tôt ou tard chirurgical, nous a fait considérer que la gastrectomie avait obtenu des résultats insuffisants chez trois de nos malades ce qui est difficile à admettre étant donné le caractère très large de cette intervention par rapport aux lésions qu'elle faisait disparaître. Tenant compte des troubles post-opératoires dont on accuse fréquemment la gastrectomie à l'heure actuelle et de leur particulière fréquence et intensité chez les malades "nerveux", nous étudions les diverses interventions palliatives ou d'exérèse limitée qui ont été pratiquées presque systématiquement par certains chirurgiens dans l'hypertrophie antro-pylorique de l'adulte.

OBSERVATION I - N... Henriette - 72 ans -

- Mai 1951 - Consulte son médecin pour des douleurs gastriques sans horaire et sans périodicité ayant entraîné un amaigrissement de 8 kgs. Des radiographies gastro-duodénales sont faites de suite. Le radiologiste signale l'irrégularité du canal pylorique, suspecte un cancer et demande de nouveaux clichés après un traitement antituberculeux de un mois.

- Un mois après les mêmes images persistant et l'état étant identique, la malade est montrée au Docteur DEVIMEUX qui, le 25 Juillet 1951, pratique une gastrectomie des 2/3 type Polya pour induration pylorique et prépylorique.

L'examen histologique (Docteur DUPERRAT n° 35041) montre un œdème inflammatoire de la muqueuse dont l'épaisseur et la structure sont par ailleurs normales - dilatation des vaisseaux de la sous-muqueuse - les couches musculaires sont le siège d'une fibrose diffuse avec des vascularites et des petits névromes.

Conclusion : aspect typique d'atrésie fibromusculaire.

- Suites opératoires excellentes - Mais cette malade

- n'a pas repris de poids

- souffre toujours de troubles digestifs vagues - Douleurs post-prandiales
Digestions pénibles.

Son médecin pense que ces troubles sont liés à son état nerveux.

OBSERVATION II - M... Germain - 47 ans.

Souffrait depuis 1948 de douleurs survenant une demi à une heure après tous les repas. Type de brûlures avec sensation de plénitude gastrique. Nausées sans vomissements. Perte complète de l'appétit. Amaigrissement. Les traitements anti-inflammatoires et anti-spasmodiques n'obtenaient que des résultats passagers.

- 30 Novembre 1951 - Radiographies gastro-duodénales - gastrite nette - Légère distension du bas-fond gastrique. Aucune évacuation pyloro-duodénale trois quarts d'heure après l'ingestion de baryte. Encoche permanente de la grande courbure prépylorique en face d'une zone un peu floue et mamelonnée de la petite courbure. Probabilité d'ulcère juxta-pylorique.

- 24 Décembre 1951 - Nouveaux clichés après traitement antispasmodique. Evacuation gastrique précoce. Bulbe irrégulier, mal imprégné sept fois sur huit. Dilatation du 3ème duodénum. Ulcère duodénal avec retentissement pylorique. Intervention conseillée vu l'âge du malade et l'allure évolutive.

- 10 Janvier 1952 - Intervention (Docteur DEVIMEUX)-gastrectomie des 2/3 type POLYA pour nodule de la petite courbure pylorique. Examen histologique (Docteur DUPERRAT n° 30.863) La muqueuse antro-pylorique présente une structure sensiblement normale. Par contre, le sphincter est modifié. On observe une hypertrophie des faisceaux musculaires et une fibrose inflammatoire interstitielle en larges tractus.

Cet aspect se rapproche plutôt de l'hyper-trophie du pylore que de l'atrésie antro-pylorique.

- Suites immédiates excellentes mais reprise des douleurs après quelques semaines. Phénomènes gastritiques importants de l'estomac restant et de la bouche d'anastomose.

(Radiographies du 14 Mars 1952). Actuellement existence d'une douleur peu intense à duodénale, augmentée par la palpation. Quelques malaises : vertiges et sueurs.

OBSERVATION III - H... Maria, 52 ans.

Début des troubles digestifs en 1939 au cours d'une grossesse. Douleurs épigastriques avec vomissements, par crises, sans horaire ni périodicité. Fréquence non précisée. Persistance des troubles après l'accouchement qui fut normal. Pendant la guerre, travaille comme ouvrière agricole, mange abondamment, ne suit aucun régime. Apparition des crises à la suite de fatigue, de contrariété même légère, de la prise de certains aliments. Début brutal quelques heures après les repas, douleurs épigastriques vives - céphalies, vertiges avec chute. Vomissement bilieux. Constipation les jours suivants. Amaigrissement important.

Est considérée et traitée à ce moment comme une vésiculaire, sans résultats.

En 1943, les crises cessent pendant l'évolution d'une hernie discale extrêmement douloureuse. Intervention en 1945 à la Salpêtrière (Pr. GUILLAUME). Résultat parfait en un an.

Ensuite les crises douloureuses réapparaissent. En 1952, la malade consent à être radiographée. Les clichés montrent un aspect marécageux de l'antré qui motive une intervention exploratrice le 17 Juin 1952. (Dr. DEVIMEUX). On trouve une zone indurée et hypertrophiée du pylore. Gastrectomie des deux tiers type Polya.

Examen histologique - (Dr DUPERRAT - n° 34;286)

Le nodule est constitué par des fibres musculaires lisses hypertrophiées, tourbillonnantes. La muqueuse est à peu près normale. Le ganglion est purement inflammatoire. Il n'y a pas d'ulcère sur la coupe.

Nodule léio-myomature du pylore.

Depuis l'intervention, la malade souffre encore mais beaucoup moins. Les crises un peu importantes sont rares et déclenchées toujours par la fatigue, les contrariétés, certains aliments. Reprise de poids de quelques kilogrammes. Tempérament inquiet. Irritabilité Pas d'éthylisme.

OBSERVATION IV - J... Jeanne - 64 ans.

Souffrait depuis sept ans au printemps et à l'automne de gastralgies à type de tiraillements survenant chaque après-midi. Ne se soumettait à aucun traitement ou régime suivi.

- Janvier 1953 - Voyage en Algérie. Sur le bateau, après un choc à l'épigastre, syndrome d'hémorragie interne. Douze jours après hématemèse de grande abondance avec état comateux. Hospitalisation. Transfusions nombreuses.

Rentre en France en Mai 1953 et est radiographiée. Suspicion de cancer du canal pylorique. Intervention formellement conseillée.

La malade hésite, et, ne souffrant plus, attend jusqu'en Janvier 1953 où elle revient consulter son médecin pour des douleurs à type de torsion survenant trois heures après les repas. Quelques jours après, très importante hématemèse. Hospitalisation.

Intervention le 8.2.54 - (Dr. DEVIMEUX).

Petite indubation pylorique. Gastrectomie des deux tiers type Polya.

Suites opératoires bonnes. Ne souffre plus.

A repris deux kilogrammes.

Examen histologique - (Dr DUPERRAT N° 46.357)-

1°/ Pylore : on observe un oedème inflammatoire diffus de la muqueuse pylorique. La sous-muqueuse contient des infiltrats lymphocytaires disséminés. Mais il existe aussi une lymphangite dans la zone extra-musculaire. On ne peut pas parler d'hypertrophie du sphincter.

2°/ Ganglion : Etat inflammatoire chronique.

Conclusion : Aspect de pylorite diffuse avec adénite inflammatoire.

OBSERVATION V - L... Marguerite - 49 ans.

Il s'agit d'une malade qu'on fut amené à radiographier pour rechercher la cause d'une anémie à un million. Il existait quelques troubles digestifs vagues.

Les clichés ont fait conclure à la possibilité d'un ulcus du bulbe.

Intervention le 20 Avril 1953 - (Dr. DEVIMEUX).

Constatation d'une induration pylorique - gastrectomie des deux tiers type Polya.

Suites immédiates et actuelles satisfaisantes.

Numération globulaire normale.

Examen histologique (Dr DUPERRAT - n° 40.317)

- Fragments antro-pyloriques. Il existe plusieurs zones inflammatoires de la muqueuse et de la sous-muqueuse. Dilatation massive des vaisseaux de la sus-muqueuse. Il n'y a pas une seule ulcération.
 - Antro-pylorite chronique diffuse.
 - Le ganglion est purement irritatif.
-

DISCUSSION DE CES OBSERVATIONS
DANS LE CADRE DE L'ATRESIE FIBRO-
MUSCULAIRE DE L'ANTRE PREPYLORIQUE

C'est en 1948 que Guy ALBOT et François MAGNIER ont décrit sous le nom d'atrésie fibro-musculaire de l'antrum prépylorique ce qui, depuis la description des formes bénignes de la limite plastique de ANDRAL et BRINTON, avait été étudié du point de vue anatomique sous les nombreuses dénominations de

- maladie fibroïde du pylore
- hypertrophie sténosante du pylore
- scléro-sténose pylorique
- sclérose hypertrophique du pylore
- sténose hypertrophique bénigne du pylore
- hypertrophie du pylore de l'adulte
- hypertrophie simple du pylore
- gastrite sténosante hypertrophique.

En outre, en 1953, les mêmes auteurs décrivaient, de la même façon, l'hypertrophie musculaire du pylore de l'adulte qui ne serait que la forme myomateuse de l'atrésie fibro-musculaire de l'antrum.

Pour qui, comme nous l'avons fait, cherche sa voie au travers des nombreuses publications consacrées à ce type d'affections antro-pyloriques, les travaux d'Albot et Magnier offrent un cadre simple et solide à partir duquel il est enfin possible de se réperer et d'entamer une discussion.

Toutefois en 1946, CHENE et SPRIET avaient proposé la première classification des sténoses hypertrophiques du pylore basée sur une étude anatomo-pathologique de DUPERRAT.

Nous indiquons ci-dessous ce que dans leurs exposés ALBOT et MAGNIER signalent d'essentiel au sujet de l'atrésie fibro-musculaire et de sa forme myomateuse.

Ensuite par une étude rétrospective de nos observations et des dossiers radiologiques que nous possédons, nous saurons si l'erreur de diagnostic qui caractérise chacun de nos cas est imputable à l'ignorance des notions essentielles sur l'atrésie fibro-musculaire, ou si au contraire cette affection, dans un certain nombre de cas, ne se présente pas sous une forme aussi typique et reconnaissable que le praticien pourrait le souhaiter.

1°/ L'atrésie fibro-musculaire de l'antre.

- a) Ce sont les signes radiologiques qui ont permis d'individualiser l'affection. Eux seuls en permettent le diagnostic préopératoire. Les auteurs insistent sur l'utilité de recourir volontiers à la pharmaco-radiographie pour obtenir une bonne réplétion de l'antre et mettre en évidence son inextensibilité, tout en supprimant les fausses images launaires.

L'antre en "doigt de gant" est l'aspect caractéristique. Il correspond à un rétrécissement siégeant sur 2 à 5 centimètres, à bords réguliers, au niveau de la portion terminale de l'antre. Au-delà du rétrécissement l'estomac reprend brusquement son volume et sa souplesse.

Les aspects de pylore en parenthèses sont en principe caractéristiques de l'hypertrophie musculaire. Cependant ils peuvent être associés au doigt de gant ou même constituer le seul signe radiologique d'une atrésie fibro-musculaire anatomiquement typique. Enfin dans la majorité des cas cités par Albot et Magnier l'atrésie fibro-musculaire est associée à un ulcère décelable radiologiquement.

b) L'étude anatomo-pathologique met en évidence trois points essentiels :

- La fibrose inflammatoire et l'hypertrophie musculaire sont toujours intriquées, exception faite des exceptionnelles hypertrophies congénitales révélées à l'âge adulte.
- Ces deux processus sont associés constamment à des lésions diffuses et chroniques de la muqueuse antrale.
- La gastrite chronique serait donc la lésion causale, commune à la fibrose et à la myomatose.

c) Aspects cliniques - Evolution -

Lorsqu'elle accompagne un ulcère, l'atrésie fibro-musculaire indique l'existence de lésions gastriques diffuses peu favorables à un traitement médical. D'autre part, dans les cas douteux elle constitue un argument de bénignité en faveur de la lésion radiologique associée.

La symptomatologie fonctionnelle des cas isolés ne peut permettre un diagnostic. Elle peut d'ailleurs manquer complètement. Le plus souvent, elle évoque l'ulcère ou le cancer.

L'évolution est extrêmement lente et le début est mal connu.

La succession de l'atrésie fibro-musculaire aux images fonctionnelles antrales décrites par R.A. GUTMANN au cours des ulcères de l'angle, n'a pu être observée.

Une fois constituées les déformations évoluent lentement vers la sténose pylorique et le syndrome douloureux est peu important avant ce stade.

- d) Le traitement médical s'est toujours montré inefficace. Tôt ou tard, il faudra avoir recours au chirurgien et il est préférable d'intervenir avant la sténose. La gastrectomie paraît aux auteurs le seul traitement rationnel. Les suites immédiates ont toujours été simples chez leurs malades

Il s'agit donc en résumé d'une affection dont le diagnostic est possible dans la grande majorité des cas grâce aux signes radiologiques : dont l'individualité est renforcée par l'étude anatomo-pathologique et dont la cause paraît être la gastrite chronique de tout l'estomac horizontal. Mais les auteurs concluent que la pathogénie de cette gastrite chronique leur est totalement inconnue de même que sa nature, inflammatoire ou trophique.

2°/ L'hypertrophie musculaire du pylore -

Cette forme myomateuse de l'atrésie fibro-musculaire prédominerait dans le sexe masculin entre 40 et 60 ans.

- a) L'examen des pièces opératoires montre des formes annulaires - multinodulaires - ou des formes localisées. Ces aspects conditionnent les usages radiologiques. L'hypertrophie, associée à une hyperplasie, des fibres musculaires intéresse l'anneau pylorique et la tunique musculuse de l'antrum essentiellement

- 14 -

an niveau de sa couche interne circulaire. Mais les lésions ne sont pas localisées à la seule couche musculaire et il existe à peu près constamment une gastrite chronique atrophique de la muqueuse avec participation de la muscularis mucosae, ainsi que des phénomènes de fibrose. Cette association justifie selon Albot et Magnier le terme de forme myomateuse de l'atrésie fibromusculaire.

b) Les signes radiologiques permettent le diagnostic.

- Les déformations pyloriques = allongement du canal - Concavité de la base du bulbe. Concavité de la terminaison de l'antre, donnent en se combinant les trois aspects caractéristiques

du pylore en parenthèses adossées
du pylore entre parenthèses
ou du pylore en doubles parenthèses.

- Les éperons prépyloriques et l'éperon antro-pylorique correspondent aux sillons séparant des nodules d'hyper-trophie musculaire.
- Le désaxage du canal par rapport à la base du bulbe. Les plis longitudinaux de la muqueuse du canal. Les variations de calibre du canal au cours de la pharmacoradiographie, ainsi que la parfaite régularité de ses bords, sont des signes accessoires.

Les deux derniers étant cependant importants pour le diagnostic de bénignité des lésions.

- Il existe enfin des aspects pseudo-lacunaires (formes s'étendant anormalement vers l'antra) ou : encastrés (formes très localisées). Surtout, les formes sténosantes précoces avec amputation irrégulière du canal ou sténose pylorique en cuvette, sont opérées très rapidement avec le diagnostic de cancer. Le diagnostic de ces formes, même avec pharmacoradiographie, reste difficile ou l'impossible. Seule l'absence d'évolution de ces aspects radiologiques pourrait amener à abandonner le soupçon de cancer.

c) Clinique et étiologie - Pathogénie.

Le syndrome fonctionnel se limite en général à des pesanteurs. Les formes sténosantes provoquent des sensations de distensions douloureuses post-prandiales rappelant le syndrome du "petit estomac" du gastrectomisé.

Au point de vue état général il existe un amaigrissement important dans un tiers des cas.

L'examen est négatif.

- Les auteurs jugent que la gastroscopie devrait être pratiquée dans tous les cas avec gastrobiopsie antrale.

La première peut éliminer un cancer, confirmer l'existence d'un ulcère associé, signaler un ulcère non visible

sur les clichés, montrer la gastrite chronique associée. La biopsie antrale systématique peut montrer l'existence de lésions gastritiques interstitielles non visibles au gastroscopé.

- Comme pour l'atrésie fibro-musculaire, l'association à un ulcère est le cas le plus fréquent.

Dans les autres cas, il existe une gastrite et les auteurs n'ont jamais observé de formes musculaires pures sans gastrite associée. Chaque fois qu'ils ont pu examiner des coupes classées comme hypertrophies pures ils ont toujours découvert des altérations importantes de la muqueuse. Feraient exception les hypertrophies pyloriques congénitales attardées, dont l'existence est d'ailleurs contestée.

d) Evolution et Traitement.

Comme pour l'atrésie fibro-musculaire on ne connaît pas le début de l'affection. Les lésions constituées évoluent lentement le terme étant toujours la sténose. Il existe des formes sténosantes précoces : "formes qu'observent et parfois qu'opèrent d'emblée les chirurgiens".

- Le traitement médical anti-ulcéreux prolongé paraît, dans les formes associées à l'ulcère, retarder l'évolution vers la sténose.

Les formes isolées paraissent réagir favorablement aux anticholinergiques de synthèse, mais résistent aux antispasmodiques usuels.

- Au point de vue traitement chirurgical qui devient tôt ou tard nécessaire, il faut théoriquement choisir la gastrectomie, les interventions palliatives exposant à la sténose cicatricielle.

" Et pourtant si l'indication de la gastrectomie persiste chez le malade jeune menacé de sténose, il pourrait sembler logique, chez des gens âgés, pour cette affection non cancéreuse et localisée dont le diagnostic radiologique préopératoire est maintenant courant, d'éviter cette gastrectomie sur les inconvénients de laquelle on insiste actuellement."

DISCUSSION DE NOS OBSERVATIONS.

Observation n° I -

Forme à symptomatologie récente avec amaigrissement rapide, malgré l'absence de vomissements. Nous n'avons malheureusement pas pu obtenir le dossier radiologique de cette malade. L'allure évolutive évoquait évidemment le cancer et les images radiologiques suspectes persistant après traitement anti-ulcéreux, cette malade ne pouvait qu'aboutir au chirurgien. A noter que ce diagnostic de bénignité n'a pas été soupçonné au cours de l'exploration, ni à l'ouverture de la pièce.

Observation n° II -

La symptomatologie évoquait un ulcère à cela près qu'aucune période d'accalmie n'est signalée par le médecin traitant.

Le diagnostic pré-opératoire n'a pas été envisagé. L'examen du dossier radiologique ne montre pas d'image caractéristique sur la première série de clichés. Sur la seconde série, il n'existe pas d'image certaine d'ulcère duodénal, par contre sur plusieurs clichés on peut noter un allongement et un rétrécissement du canal pylorique avec une fois une image typique de pylore entre parenthèses. Il est donc vraisemblable que la pharmacoradiographie . aurait, dans ce cas, permis un diagnostic préopératoire.

Histologiquement, les lésions sont nettement en faveur de l'identification de l'hypertrophie du pylore à forme myomatouse de l'atrésie fibromusculaire.

Il existe en effet une association intime, au niveau de la couche musculaire, des phénomènes d'hyperplasie musculaire.

Observation n° III -

La symptomatologie évoque une affection vésiculaire. Le diagnostic radiologique d'aspect marécageux de l'antré était inattendu chez cette malade souffrant de la même façon depuis plus de dix ans sans atteinte permanente de l'état général. Le contexte clinique aurait donc justifié la vérification de l'authenticité des images radiologiques par pharmacoradiographie. Toutefois il faut considérer que la malade s'était très tardivement décidé à consulter un chirurgien et qu'en surveillant l'évolution et en lui proposant de nouvelles séries de clichés on risquait de ne plus la revoir. Tel que le problème se posait il était préférable de pratiquer une exploration chirurgicale.

L'examen rétrospectif des clichés ne montre pas d'image caractéristique. Il existe une très petite image ulcériforme de l'angle de la petite courbure. Existait-il un ulcère à ce niveau qui est passé inaperçu à l'examen de la pièce; c'est peu vraisemblable. Un ulcère aussi ancien que le supposerait l'histoire clinique, on s'attend en principe à pouvoir le palper.

Le diagnostic d'hypertrophie bénigne du pylore a été fait au cours de l'intervention. On a pratiqué une gastrectomie pour supprimer la seule cause découverte de ce long et douloureux passé.

L'histologie de ce cas montre un léio-myome du pylore. L'existence d'un ganglion inflammatoire et la muqueuse "à peu près normale", c'est-à-dire pas tout à fait, ne permettent pas d'ajouter ce cas à la "i".

liste des hypertrophies musculaires pures. Les lésions se rapprochent de l'atrésie fibromusculaire sans que cependant la fibrose soit associée. C'est une forme myomateuse avec une note inflammatoire très discrète.

Observation IV -

Syndrome clinique pouvant faire soupçonner un ulcère, évoluant depuis sept ans. Comme dans l'observation précédente, le diagnostic radiologique de cancer ne cadrerait pas de façon satisfaisante avec l'histoire de la maladie. On aurait pu pratiquer la pharmacoradiographie. Cependant chez cette malade instable et ne se soignant pas, étant donné l'antécédent hémorragique, il était indiqué de vérifier au plus vite l'estomac afin d'éviter une nouvelle hématomèse.

Celle-ci est malheureusement survenue avant que la malade soit décidée à l'intervention.

Au cours de cette dernière, le diagnostic de cancer du canal pylorique a été maintenu.

Rétrospectivement les images radiologiques demeurent extrêmement suspectes et aucun aspect n'existe en faveur d'une atrésie fibromusculaire.

L'aspect histologique des lésions est celui d'une forme de début de l'atrésie fibromusculaire, avec cependant une note subaigüe assez prononcée.

Aucune autre lésion n'a été trouvée sur la pièce. Aucune cause sanguine ou générale n'a été mise en évidence. Il semble que c'est bien cette petite lésion qui est à l'origine des deux hématomèses.

Observation V -

Histologiquement ce cas est superposable au précédent. Cliniquement les signes digestifs s'effaçaient devant l'importance de l'anémie. Radiologiquement la possibilité d'un ulcère duodénal a conduit à une intervention rapide. L'examen rétrospectif du dossier radiologique ne montre pas d'aspect caractéristique.

Dans ces cinq cas, le diagnostic clinique et radiologique se serait donc posé entre cancer (3 cas) ou ulcère (2 cas) et l'atrésie fibro-musculaire de l'antré. Chaque fois, il eut été intéressant de pratiquer la pharmacoradiographie qui représentait la seule chance de diagnostic préopératoire. Mais dans un cas sur quatre seulement, il existait des aspects radiologiques évoquant l'atrésie fibro-musculaire, forme myomateuse. Cela revient à pratiquer systématiquement la pharmaco-radiographie chaque fois que le diagnostic radiologique est "probable", chaque fois qu'il ne cadre pas de façon satisfaisante avec l'histoire clinique. Cette technique suppose d'autre part le plus souvent la surveillance de l'évolution et plusieurs séries de clichés. Ceci n'est pas possible avec tous les malades soit parce qu'ils refusent de nouveaux clichés, soit parce qu'ils attendent impatiemment une intervention soit enfin parce que l'allure évolutive ne permet pas de temporiser. La malade N° I avait maigri en quelques mois de 8 kilogs. En présence d'images anormales du pylore il n'était pas critiquable de l'opérer au plus vite.

Rien n'obligeait à opérer le malade n° II sinon l'inefficacité des traitements médicaux et son grand désir d'être opéré afin de vivre normalement. Pour la malade n° III nous avons vu que dans le doute , il était préférable de ne pas attendre. Il existait enfin une indication chirurgicale urgente pour les deux dernières malades.

Nous n'avons donc pas observé cette lente évolution caractéristique des formes typiques, et d'autre part nos malades n'en sont pas au stade ultime de sténose. Les deux malades qui présentent les symptômes les plus graves (hématomèses et anémie) ne possèdent que des lésions histologiques de début avec, il est vrai, un élément inflammatoire surajouté.

Si nous avons donc observé des formes frustes ou atypiques il est ennuyeux pour la pratique qu'il existe de telles formes d'une affection que l'on ne peut reconnaître que grâce à des signes radiologiques typiques. D'autre part, en supposant même que la malade n° I présentait des signes radiologiques évidents, qui n'ont pas été reconnus, il reste que les formes frustes de l'atrésie fibro-musculaire doivent être fréquentes si l'on en juge par nos observations. Nous avons cependant relevé cinq cas sur 128 gastrectomies pour ulcère et cancer, cinq cas non associés à un ulcère ce qui n'est pas l'éventualité la plus fréquente; il est donc décevant que le diagnostic rétrospectif ne soit pas possible sur un seul des quatre dossiers radiologiques que nous possédons.

Nous avons cependant porté un diagnostic préopératoire d'atrésie fibro-musculaire typique associée à un ulcère non moins typique de la petite courbure verticale. Le même diagnostic a été confirmé, dès l'abord, par Monsieur Guy ALBOT à qui nous avons ultérieurement montré les clichés. Voici :

1'Observation VI -

I... Rosalie - 53 ans.

Malade hospitalisée le 20 Juillet 1954 avec le diagnostic d'ulcère de la petite courbure avec syndrome pylorique. Les radiographies sont récentes (12 juillet 54) bien que l'histoire clinique remonte à 1930. A cette époque une crise de douleurs épigastriques post-prandiales précoce avec vomissements aurait duré un mois, provoquant un amaigrissement de 80 à 50 kilogrammes. On ne sait quel traitement a été fait, mais tout est rentré dans l'ordre jusqu'en 1951. Dans l'intervalle, la malade ne signale aucun trouble, mais ayant coutume de ne voir un médecin qu'à la dernière extrémité, il est possible qu'elle n'ait pas porté attention à des symptômes mineurs. En 1951, nouvel épisode de douleurs avec vomissements. Certains repas sont bien digérés, d'autres fois rien ne passe. Cet état, sujet à des accalmies transitoires, se prolonge jusqu'à l'hospitalisation, la malade envisageant enfin une intervention après trois années d'évolution. Les clichés montrent :

- 1°/ Estomac hypotonique contenant une quantité importante de liquide à jeun.
- 2°/ Niche ulcéreuse étroite, assez profonde, à la partie moyenne du versant postérieur de la petite courbure.

3°/ Aspect d'antre en doigt de gant
sur tous les clichés.

4°/ Les passages pyloriques s'effectuent
à peu près normalement.

Intervention le 28 Juillet 1954 - (Dr DEVIMEUX)
On trouve une induration tubulaire de l'antre
et une petite courbure indurée et inflammatoire.
Au palper les lésions entrales sont suspectes
mais la présence d'un ulcère calleux de la
petite courbure permet encore de conserver le
diagnostic de lésions fibreuses très avancées de
l'antre avec hypertrophie musculaire.
Gastrectomie subtotala avec section très oblique
de l'estomac (de l'oesophage à la grande cour-
bure).
Suites opératoires normales. Sortie le 11 Avril.

A l'ouverture de la pièce, on constate que
l'ulcération de la petite courbure est entourée
d'une zone circulaire très épaissie et infiltrée,
extrêmement suspecte quant aux lésions centrales,
bien qu'uniformes et parfaitement tubulaires,
elles sont considérées comme vicoplasiques.

L'examen histologique (Dr DUPERRAT n°
50.312 et 50.313) révèle

1°/ Ulcère calleux accompagné d'une
importante réaction plastique. Celle-ci
déborde largement l'ulcère. Il existe en outre
un épithélioma atypique infiltrant. Ce dernier
est ulcéré en surface.

"Il s'agit d'un cas dont l'interprétation
est particulièrement difficile. En s'en tenant
aux faits, il y a

1°/ Un ulcère calleux

2°/ Deux foyers épithéliomateux".

L'examen rétrospectif attentif des clichés révèle une rigidité de la petite courbure. L'imprégnation non homogène de l'antra et certaines irrégularités des bords. Au niveau de l'ulcère, rien ne fait soupçonner la dégénérescence.

Bien que ce genre de diagnostic différentiel reste rare, cette nouvelle erreur sur un cas qui nous semblait typique n'a pu qu'augmenter notre scepticisme au sujet de la facilité du diagnostic d'atrésie fibro-musculaire.

Nous sommes cependant persuadés que ce diagnostic est possible dans la majorité des cas comme l'affirment ALBOT et MAGNIER. Il est seulement nécessaire de posséder un élément de discussion qui, dans les cas où les signes radiologiques d'atrésie fibro-musculaire font défaut, permette de douter du diagnostic d'ulcère ou de cancer et de la nécessité d'une intervention rapide. Dans nos cinq cas, le processus qui a conduit à l'intervention est le suivant = syndrome fonctionnel avec atteinte de l'état général ou complications locales plus aspects radiologiques anormaux = lésion organique à vérifier opératoirement. Or dans quatre de nos observations on est frappé par la disproportion existant entre l'importance des signes cliniques et les lésions organiques minimales découvertes à l'intervention. D'autre part dans ces quatre cas on est étonné de ce que les résultats post-opératoires manquent de netteté en regard du caractère très radical de la gastrectomie. Les médecins signalant chez ces malades l'existence d'un "tempérament nerveux" nous pensons qu'il peut s'agir là de

l'élément capable de brouiller les cartes en exagérant les symptômes cliniques. La reconnaissance d'une participation névrotique à un syndrome clinique d'aspect organique doit nécessairement introduire un doute et éviter de précipiter diagnostic et traitement. Mais ceci pose le problème de l'adoption et de la mise en pratique des principes de la médecine psycho-somatique.

ETUDE DE NOS OBSERVATIONS
SOUS L'ANGLE DE LA
MEDECINE PSYCHOSOMATIQUE

Lorsqu'un malade a plus ou moins épuisé les ressources médico-chirurgicales, et qu'il persiste dans ses symptômes, il vient tôt ou tard à l'esprit de déclarer "c'est un psychique". C'est avancer là une hypothèse psycho-somatique mais c'est évidemment faire de la médecine psycho-somatique à rebours. Cela sous-entend par ailleurs que ce patient commence à lasser son médecin qui ne sait plus que faire et qui est désagréablement conscient de son impuissance. Et de fait lorsqu'un malade a perdu les deux tiers de son estomac pour une petite lésion bénigne bien localisée du pylore, non sans avoir fait le tour de la pharmacopée anti-inflammatoire et antispasmodique, et qu'il enregistre seulement une diminution de l'intensité de son syndrome fonctionnel, on refoule mal une certaine indignation. Il est possible alors d'accuser la gastrectomie dont les inconvénients sont à l'heure actuelle largement mis en lumière. Le problème psychosomatique n'est d'ailleurs que repoussé car puisque l'on évite de gastrectomiser les sujets nerveux, notre malade devrait avoir conservé la plus grande partie de son estomac.

Par contre, reconnaître chez un malade l'existence de troubles névrotiques, débrouiller, au minimum, la part qui leur revient dans la symptomatologie, est une attitude non seulement logique mais profitable. Dans l'immédiat, cela est indispensable à la clarté du diagnostic. Pour le chirurgien, cela joue au moment du choix de l'intervention. Ultérieurement si des troubles persistent on aura de suite une étiologie probable.

Une telle attitude n'est pas nouvelle, depuis l'antiquité jusqu'à nos jours, beaucoup de praticiens se sont particulièrement intéressés au caractère du malade et à l'influence de son entourage. La médecine

psycho-somatique ne se propose cependant pas seulement de mettre au jour des composantes psychiques, mais surtout de leur appliquer un traitement directement inspiré de la méthode psychanalytique. C'est tout au moins la tendance formelle de l'Ecole américaine (Alexander) qui a créé le terme de Médecine psycho-somatique".

A l'opposé de cette thérapeutique psychologique les médecins russes préconisent un traitement tendant à supprimer la répercussion des perturbations du cortex cérébral sur le fonctionnement des organes internes. Il s'agit des neurosédatifs ou des neurotoniques et à un degré supérieur de la cure de sommeil. Cette seconde méthode ayant l'avantage de ne pas nécessiter de connaissances très spéciales et ne risquant pas de se heurter, au contraire, à une opposition de principe, son application est actuellement courante. Il semble même que les psychiatres l'aient adoptée d'enthousiasme. On ne peut en dire autant de la psychanalyse.

Objectivement, cette dernière représente le seul moyen actuel d'atteindre le mal à sa source au lieu de tenter d'en intercepter les effets. Mais sa pratique paraît exiger un tel changement d'attitude et de la conception des choses, que sa diffusion en est sérieusement entravée.

1°/ INCIDENCE PSYCHIQUE SUR LA SYMPTOMATOLOGIE DE NOS MALADES.

Abandonnant toute considération de thérapeutique psychologique ou autre et toute notion de psychogénèse d'une affection organique, qui constitue une théorie pathogénique, nous adoptons au sujet de la question psycho-somatique une attitude minima. Celle de savoir s'il est possible de mettre rétrospectivement en évidence chez nos malades une participation névrotique à la symptomatologie. Si d'autre part le fait de reconnaître

une telle participation doit permettre dans des cas analogues de douter du diagnostic de cancer ou d'ulcère qui vient tout d'abord à l'esprit. Cette possibilité de douter étant essentielle dans les cas où la radiologie ne met pas sur la voie de l'atrésie fibro-musculaire de l'antré.

OBSERVATION I - Cette malade avait maigri de 8 kilogs A la suite de l'intervention, elle n'a pas repris de poids et conserve des troubles dyspeptiques. Il faut donc admettre que la symptomatologie n'était pas entièrement imputable à la lésion, radicalement élevée. D'autre part seules des lésions sténosantes sont classiquement capables d'entraîner un tableau clinique semblable or le stade histologique n'est pas très avancé, il n'existe pas en particulier d'hypertrophie des couches musculaires.

Ces constatations sont rétrospectives. Placés devant le tableau clinique, à supposer que les clichés que nous ne possédons pas soient trompeurs, il n'est possible que de douter systématiquement du diagnostic en raison du tempérament nerveux de la malade. Bien qu'une telle attitude eût été judicieuse, elle n'est pas aisément adoptable dans la pratique.

OBSERVATION II - Il existait ici des lésions nettement localisées au pylore. La gastrectomie n'a pas apporté la guérison, on note actuellement une gastrite de l'estomac restant avec des douleurs post-prandiales persistantes. Plutôt que d'attribuer ce syndrome résiduel à des

troubles névrotiques évidents (avis du médecin traitant et du chirurgien), on peut évidemment mettre en cause la gastrite. Mais d'où vient cette dernière. S'il existe une théorie qui la fait dériver de troubles fonctionnels d'origine psychique, les possibilités thérapeutiques s'élargissent.

Chez ce malade, l'ensemble constitué par l'absence de certitude radiologique d'ulcère duodénal, l'existence de quelques images en faveur de l'hypertrophie pylorique, et l'état nerveux, devait faire reconsidérer le diagnostic posé.

OBSERVATION III - Nous avons bénéficié pour cette malade d'une observation détaillée qui met bien en lumière la participation psychique. Il s'agit d'une Ukrainienne à la ménopause. Etre slave ou méditerranéen sous-entend déjà bien des choses quand il s'agit de pathologie gastrique et de gastrectomie. On peut à priori parler d'une affection richement manifestée. Notre malade manifeste généreusement, la douleur vive et brutale, les vomissements suffisent en général, nous trouvons ici un vertige avec chute qui introduit une note incontestablement spectaculaire. Outre la fatigue et certains aliments, une contrariété même légère suffit à provoquer les crises. Le plus caractéristique, c'est que ces crises qui durent depuis 1939, cessent de 1943 à 1945 pendant l'évolution d'une hernie discale très douloureuse, puis réapparaissent ensuite. En 1952, on découvre à l'intervention un petit nodule pylorique, rien d'autre dans l'abdomen. Lorsque l'on considère la symptomatologie, est-il étonnant que les crises, atténuées, persistent, déclenchées par les mêmes causes, après la gastrectomie.

Le début des crises coïncide avec la mobilisation du mari en 1939. Pendant la guerre, cette femme fut obligée de travailler durement comme ouvrière agricole. On ne peut s'empêcher de penser à l'intérêt que pouvait présenter pour elle le repos consécutif aux crises, ou le moyen de défense qu'elles constituaient. Actuellement, les circonstances extérieures ne sont pas beaucoup plus favorables, le mari est éthylique et le ménage très orageux. La maladie représente donc un refuge pour cette femme et ceci expliquerait sa répugnance à la radiographie et à l'intervention, ainsi que la persistance de troubles atténués.

Au point de vue du diagnostic préopératoire en l'absence de signes radiologiques caractéristiques, nous possédons beaucoup d'éléments capables de faire douter du diagnostic ou plutôt du soupçon de cancer antral. Tout d'abord l'ancienneté du syndrome clinique, l'amaigrissement intermittent, l'état général peu atteint, et la participation psychique évidente.

OBSERVATION IV - Le médecin traitant et le chirurgien

signalent que cette malade est instable, irritable, sujette à des crises de tremblement, qu'elle se sent toujours fatiguée.

Cet état nerveux ajouté à l'ancienneté et au caractère saisonnier du syndrome clinique permet de douter du diagnostic radiologique de cancer du canal pylorique. Mais il y a la grande abondance des deux hématémèses. Même en connaissant l'importance des troubles psychosomatiques à incidence circulatoire, on est très pressé dans ces cas d'aller vérifier la cause de l'hémorragie. Il n'en

reste pas moins que ce qui saignait si abondamment c'était une lésion anatomique minime, diffuse et non pas un cancer ou un ulcère. A noter que si cette malade se plaint toujours de son état nerveux elle ne souffre plus depuis la gastrectomie et a repris deux kilogrammes.

OBSERVATION V - Nous n'avons pas obtenu de renseignements d'ordre psychique au sujet de cette malade. Les suites opératoires sont bonnes. La numérotation normale.

En l'absence de signes radiologiques caractéristiques, il semble donc impossible de faire un diagnostic préopératoire dans un cas de ce genre. Bien qu'il n'existait qu'une probabilité d'ulcère duodénal, il était difficile de se baser sur cette absence de certitude pour pousser plus loin l'investigation radiologique. Anémie à un million avec bulbe suspect égale intervention exploratrice.

Chez quatre de nos malades, il est donc possible de déduire une participation névrotique à la symptomatologie en s'appuyant sur la co-existence d'un état nerveux et du manque de cohésion entre les différents éléments de l'histoire clinique : importance de la symptomatologie en regard des lésions découvertes à l'intervention, persistance de troubles contrastant avec un traitement chirurgical très large, malades amenés au chirurgien malgré l'absence de lésions sténosantes qui montrent en général l'intervention en matière d'atrésie fibro-musculaire. Evidemment, nous n'apportons pas la preuve, ni la description du mécanisme d'action, de tendances névrotiques prévisibles dans chaque cas.

Il n'est pas possible d'aller revoir ces malades à seule fin de rechercher certains côtés de leur personnalité qu'ils ne dévoileraient que difficilement entre les mains d'un psychiâtre. Mais il est indubitable que l'attention systématique portée au psychisme des malades est utile au diagnostic dans ce genre de cas.

Par ailleurs, il existe des concordances entre nos observations et celles qui sont discutées par les auteurs de médecins psycho-somatique. Partant de constatations aussi sommaires et imprécises que les nôtres, il est cependant logique d'envisager l'application pratique des notions psycho-somatiques au traitement de tels cas.

2°/ SYSTEME GASTRO-DUODENAL ET MEDECINE PSYCHO-SOMATIQUE.

Nous n'avons pu découvrir d'ouvrage traitant spécialement de l'atrésie fibro-musculaire et de l'hypertrophie du pylore dans le cadre de la médecine psycho-somatique. Mais l'ulcère et l'atrésie fibro-musculaire étant le plus souvent associés ce qui est vrai pour l'un l'est pour l'autre. Par ailleurs les répercussions somatiques de troubles psychiques sont faciles sur les lésions diffuses de l'atrésie fibro-musculaire ou de la gastrite originelle.

Avant de pénétrer dans ce domaine, il est nécessaire d'être convaincu de l'existence d'un retentissement somatique des troubles psychiques. Cette conviction est aisée à acquérir en dehors des psychanalystes qui apportent la preuve du bien-fondé de leurs hypothèses par les résultats de leur traitement.

En effet, l'étude de PAWLOV sur les réflexes conditionnels met en évidence la répercussion des perturbations du cortex cérébral sur le fonctionnement des organes internes. Par ailleurs, le choc émotif est un des agents dits "stressants" et SELYE a montré qu'il provoquait la sécrétion d'ACTH par l'hypophyse.

Le mécanisme prévu est le suivant :

Cortex cérébral Hypothalamus système
neurovégétatif ou système hypophyso endocrinien
Jusque là tout est simple mais les choses se compliquent terriblement quand on aborde l'étude psychologique destinée à mettre au jour les conflits responsables des perturbations transmises aux organes internes.

Le psychisme réduit tout d'abord à la personnalité consciente s'est agrandi à l'infini à la suite des travaux de FREUD, ADLER et YUNG sur l'inconscient qui, de personnel, est devenu familial, social, puis collectif.

Aussi comprend-on le succès de la méthode thérapeutique qui grâce aux sédatifs ou aux excitants corticaux à doses faibles et prolongées, ou par la cure de sommeil, tente d'interrompre la transmission des perturbations.

Pour en revenir au système gastro-duodéal, qui avec la vésicule est la localisation la plus fréquente des troubles fonctionnels d'origine psychique, CUSHING donne les faits suivants comme étant unanimement reconnus au sujet de l'ulcère.

1°/ Les individus en proie à un état de tension sont portés à l'indigestion nerveuse et à l'ulcère.

- 2°/ Le repos physique et moral soulage et parfois guérit les ulcères.
- 3°/ Les symptômes sont aptes à réapparaître lorsque le malade reprend son travail, et ses responsabilités.

WOLFF et ses collègues ont étudié chez un malade porteur d'une fistule gastrique les réactions muqueuses consécutives à des facteurs émotionnels conscients.

- 1°/ De faibles quantités d'acide chlorhydrique étaient élaborées par le sujet placé dans des conditions de base normales.

Des phases transitoires spontanées de sécrétion acide accélérée se produisaient parfois avec rougeur de la muqueuse et contraction de la paroi.

- 2°/ Des émotions comme la crainte et la tristesse étaient associées à une pâleur de la muqueuse avec inhibition de la sécrétion acide et des contractions.

- 3°/ Un conflit émotionnel entraînant l'angoisse, l'hostilité et le ressentiment provoquait une accélération de la sécrétion acide, de l'hypermotilité, de l'hyperhémie et un oedème de la muqueuse rappelant l'aspect de gastrite hypertrophique.

4°/ L'angoisse intense, l'hostilité et le ressentiement étaient parfois accompagnés d'une turgescence prolongée de la muqueuse. Des érosions de la muqueuse et des hémorragies naissaient parfois des traumatismes les plus insignifiants et souvent des ecchymoses apparaissaient à la suite de fortes contractions de la paroi.

5°/ Le contact du suc gastrique avec une zone érosive provoquait une accélération de la sécrétion acide et un engorgement de toute la muqueuse.

6°/ En l'espace de quelques heures ces érosions guérissaient probablement grâce au mécanisme de protection pour le mucus.

WOLFF pense à la suite de ces observations que des troubles plus ou moins permanents sont capables d'aboutir à l'ulcère. Nous pénétrons ici dans le domaine de la psychogenèse que nous discuterons plus loin.

CUSHING a mis en évidence le rôle du système neuro-végétatif dans la formation de l'ulcère. Il possède tout d'abord des observations cliniques de troubles ulcéreux survenant après des interventions intra-crâniennes, de perforations gastrique et duodénale après exérèse de tumeurs cérébrales. D'autre part des expériences faites sur l'animal montrèrent que des injections de faibles doses de pilocargine dans les ventricules cérébraux provoquaient une anémie localisée de la muqueuse gastrique avec nécrose s'étendant jusqu'à la muscularis mucosae.

Par la stimulation électrique directe des centres infundibulaires BEATTIE a obtenu de petites ulcérations hémorragiques de la petite courbure. La section préalable des pneumogastriques supprimait ces répercussions.

Les conclusions de CUSHING sont que l'estomac réagit par l'hypermotilité, l'hypersécrétion, l'hypertonie à des stimulations venues des centres infundibulaires. Ces phénomènes sont surtout marqués dans le segment pylorique. L'association probable de spasmes vasculaires entraînerait des troubles ischémiques localisés allant jusqu'à l'infarctus et la nécrose exposant l'estomac à l'action digestive de son suc.

Ces expériences sont très intéressantes à rapprocher des observations de WOLFF, des émotions provoquant apparemment les mêmes effets que la pilocargine intra-ventriculaire ou l'excitation électrique de l'infundibulum.

ALEXANDER prétend que des excitations permanentes provenant de l'inconscient stimulent les centres sous-corticaux et provoquent des troubles fonctionnels qui, localisés au système gastro-duodéal, sont capables d'aboutir à l'ulcère. La psychanalyse révélerait chez les ulcéreux une régression vers des époques antérieures, infantiles, de la vie émotionnelle. Cette régression étant le résultat d'un conflit entre un désir inconscient de dépendance et une tendance apparente à l'indépendance, à l'activité et au succès.

Il paraît cependant impossible à cet auteur d'interpréter en termes psychologiques des lésions chroniques dues à une longue série d'altérations tissulaires. L'ulcère lui-même n'a aucune signification psychologique. Ce qu'on peut rattacher directement à des facteurs psychologiques, ce sont les troubles de la sécrétion, les altérations de la motilité, et les altérations vasculaires, qui, accompagnés parfois d'un élément pathologique acquis ou constitutionnel, provoquent la formation de l'ulcère.

Dans tout ceci il est plus tôt ou tard question de la psychogénèse de l'ulcère. Nous ne cherchions que des preuves d'une participation psychique à une affection organique.

Il semble que la médecine psycho-somatique ait une tendance à l'interprétation pathogénique dans tous les cas, qu'il s'agisse de troubles fonctionnels d'origine névrotique pure ou d'incidence psychique au cours d'une maladie organique.

Avant d'envisager cette question citons quelques chiffres éloquentes au sujet des relations entre le psychisme et le système gastro-duodéal. Sur 15.000 malades examinés à la clinique MAYO pour dyspepsie chronique 15,5% étaient radiologiquement atteints d'ulcère, - un peu plus de 2,6 % avaient un cancer gastrique.

EUSTERMAN donne les proportions suivantes pour les troubles gastriques chroniques examinés en clientèle privée : 10% d'ulcères et de cancers (20% en clientèle hospitalière ou spécialisée). 30 à 40% de troubles réflexes dus à des affections d'autres organes abdominaux, 25% DE troubles

15 à 20 % de dyspepsies dues à des troubles métaboliques ou endocriniens.

Sur 269 névrosés examinés par FRIESS et NELSON 41,5% étaient atteints de troubles gastro-intestinaux.

STEVENSON a constaté d'importants problèmes émotionnels chez 100 malades sur 150 examinés pour troubles digestifs.

Sur cent malades examinés consécutivement par WEISS et ENGLISH au point de vue psychosomatique pour des troubles gastro-intestinaux, il existait 44 cas de névroses avec symptômes digestifs, 30 cas d'affections organiques accompagnées de symptômes d'origine en partie émotionnelle, 14 cas de névroses végétatives (les auteurs entendent par là l'ulcère, le spasme du cardia et la colite ulcéreuse) - 7 cas de psychoses avec symptômes digestifs et 5 cas d'hypochondrie.

D'une façon générale, WEISS et ENGLISH considèrent que un tiers des malades examinés par un médecin présentent des troubles qui ne peuvent être rattachés à une cause organique définie - un autre tiers souffre d'affections organiques avec participation d'un facteur psychique - le tiers restant comprend les affections organiques et celles dont la pathogénie est mal définie : hypertension - Asthme - Migraine - Eruptions allergiques.

La catégorie de malades qui ne relève pas directement de la médecine psycho-somatique se réduit donc à ceux qui sont atteints d'affections organiques sans participation émotionnelle

porturbatrice. Cette catégorie représenterait moins d'un tiers du nombre total des malades.

3°/ LE PROBLEME DE LA PSYCHOGENESE -

Il faut entendre par là la théorie selon laquelle des troubles psychiques sont capables d'engendrer des affections organiques, On sait que la conception classique est qu'une maladie cellulaire d'origine plus ou moins obscure provoque des altérations dans la structure des tissus, lesquelles se manifestent par des troubles fonctionnels. Cette conception, dans certains cas, l'hypertension artérielle par exemple, a été remplacée par la préexistence de troubles fonctionnels dont l'origine est également plus ou moins obscure. Ceux-ci engendreraient la maladie cellulaire et les altérations de structure. Après la découverte du retentissement somatique de troubles psychiques il était inévitable d'aboutir au schéma qui résume la psychogenèse :

Trouble psychologique	altération fonctionnelle
maladie cellulaire	altération de

structure. Dans le cas de l'atrésie fibro-musculaire de l'antre prépylorique, nous déduisons que des troubles psychologiques entraîneraient l'hyperhémie, l'oedème, l'hypersecrétion de la muqueuse et l'hypermotilité des couches musculaires. Nous avons vu que CUSHING a observé que ces troubles fonctionnels étaient prédominants, au segment pylorique. A la longue, la persistance de telles modifications aboutirait à la gastrite chronique et à l'hypertrophie musculaire, c'est-à-dire à l'atrésie fibro-musculaire. L'apparition massive

et brutale de troubles vasomoteurs à type de vaso-dilatation pouvant à un moment quelconque de l'évolution provoquer des hémorragies. De même des phénomènes particulièrement intenses entraîneraient rapidement un état de dénutrition contrastant avec des lésions anatomiques encore minimales.

Cette théorie est séduisante et la succession de ses divers éléments en une chaîne pathogénique dont on connaît le début et la fin est une nouveauté que l'on est tenté d'applaudir. D'insidieuses questions ne tardent pourtant pas à s'imposer et il faut bientôt en revenir à l'évidence qu'une seule théorie pathogénique n'expliquera jamais l'origine d'une affection. Pourquoi, tout d'abord, tant est grand le nombre des dyspepsies psychosomatiques, le processus qui aboutit à l'ulcère ou à l'atrésie fibromusculaire n'existe pas plus souvent. Sur 354 malades examinés à la clinique Mayo par WILBUR et MILLS, sept ans après qu'un premier examen ait conclu à des troubles fonctionnels d'origine psychique. On ne trouva que 19 ulcères duodénaux. On doit d'ailleurs se poser cette même question au sujet de la gastrite chronique considérée comme origine de l'atrésie fibromusculaire. Pourquoi la gastrite n'aboutit-elle pas plus souvent à l'atrésie? Il ne faut pas être tenté d'ajouter que la gastrite engendre l'atrésie fibromusculaire lorsqu'entrent en jeu des facteurs émotionnels. Rappelons-nous que la théorie psychogénique revendique l'origine de la gastrite chronique.

Comment expliquer d'autre part les cas au cours desquels les symptômes apparaissent après la constatation radiologique des lésions, ou ne deviennent gênants qu'au stade de sténose avancée. Cette absence ou cette discrétion fonctionnelle dans certains cas est un excellent argument en faveur d'une exagération névrotique dans les autres cas, mais pour que la théorie psychogénique n'en souffre pas il faudrait admettre que les altérations fonctionnelles sont capables d'engendrer les lésions organiques sans se manifester cliniquement. Cette hypothèse est en contradiction avec le caractère essentiellement apparent et perturbateur des troubles psycho-somatiques.

On a donc tenté de faire du psychique le facteur déterminant, dans la plupart des cas, d'un ensemble de facteurs associés à savoir : vasculaire - chronique - traumatique - infectieux-allergique - endocrinien - nutritionnel. Des troubles névrotiques ne pourraient donc aboutir à une affection gastro-duodénale organique qu'en association avec de nombreux autres troubles.

Il n'existe pas d'argument permettant de rejeter cette hypothèse dans certains cas. À l'opposé il n'est pas possible d'affirmer que le facteur psychique est prédominant dans tous les cas. Il faudrait prouver que tous les malades sont névrosés et qu'un sujet au psychisme solide et équilibré ne saurait être atteint. Il faudrait expliquer à nouveau l'absence de symptomatologie dans certains cas et il faudrait enfin guérir tous les malades par la psychothérapie.

Pour en finir avec ce côté psychosomatique de l'affection qui nous intéresse, quelles notions pratiques peut-on retenir?

Il est incontestable qu'en ce qui nous concerne comme pour le reste de la pathologie, la prise en considération du psychique apporte une contribution très intéressante au diagnostic et au traitement des malades. Lorsque l'on constate chez un malade que la symptomatologie est troublée par un tempérament nerveux cela doit porter à la prudence dans l'interprétation clinique et radiologique et l'indication chirurgicale. Il serait alors souhaitable, dans le même temps que l'on prescrit un traitement d'épreuve, d'adresser le malade au psychiâtre, d'ébaucher une psychothérapie sommaire, ou au minimum de prescrire des neuro-sédatifs ou d'envisager une cure de sommeil.

Il est certain d'autre part qu'un traitement psychothérapique n'obtiendra jamais la guérison de cas avancés au point de vue anatomique. Cependant si la chirurgie permet d'enlever les lésions elle ne peut éviter la persistance de troubles fonctionnels qui découragent le malade et le médecin. Dans la pratique, si chaque médecin désirait actuellement appliquer les principes de la médecine psychosomatique en faisant appel aux psychiâtres ces derniers seraient sans tarder complètement submergés à supposer toutefois que les malades acceptent sans protester ce genre de consultation spécialisée.

Pour traiter lui-même ses malades, le médecin se trouve placé devant l'alternative de se plonger dans l'étude de la psychiâtrie

et de la psychanalyse, ou de recourir à la méthode qui soupçonnant le psychique se contente d'en éviter les effets perturbateurs par des médications appropriées. Cette dernière attitude donne la désagréable impression que l'on hésite à se mettre à l'eau. S'il existe des troubles psychiques, la seule chose à faire est bien d'y aller voir.

Cette orientation psycho-somatique expose à des dangers certains. Toute une catégorie de malades atteints d'affections mortelles s'accrochent à des symptômes accessoires et risquent de faire commettre de pénibles erreurs de diagnostic. Nous avons vu récemment un malade atteint de limite plastique cancéreuse au stade de sténose pylorique qui ne souffrait que depuis quelques mois. Les troubles avaient très nettement débuté à l'occasion d'un choc affectif (internement de sa femme) et s'étaient aggravés progressivement beaucoup plus d'ailleurs dans le sens anorexie que sténose, ce malade n'avait jamais vomi, il n'avait que quelques régurgitations pendant la nuit.

Il ne s'était décidé à consulter que tardivement tant l'origine émotionnelle de son anorexie lui paraissait évidente. Les lésions étaient parfaitement tubulaires et d'une épaisseur égale, à un stade précoce il est possible que radiologiquement et à l'intervention, elles aient pu en imposer pour une atrésie fibro-musculaire de l'antre.

Les erreurs éventuelles étant admises il n'en reste pas moins vrai qu'à l'heure actuelle c'est dans l'autre sens que l'on pêche. Deux cent trente cinq malades ayant été reconnus comme

fonctionnels par MACY et ALLEN ont été revus
six ans après.

6% étaient atteints d'une affection
organique décelable.

94% ont été confirmés comme fonctionnels.
200 d'entre eux avaient subi 289
interventions chirurgicales et
n'étaient pas guéris.

TRAITEMENT

Il y a peu de choses à dire sur le traitement médical. Jusqu'à la récente apparition des anticholinergiques de synthèse aucun antispasmodique ne paraissait soulager les malades atteints d'atrésie fibromusculaire isolée ou associée à un ulcère. Tôt ou tard ces malades doivent être opérés. Si de nombreuses publications rapportent les résultats de la psychothérapie et des cures de sommeil dans l'ulcère, nous n'avons pas connaissance de tentatives de cette sorte dans des cas d'atrésie fibromusculaire. On ne peut donc que souhaiter que de telles tentatives aient lieu, elles sont à priori fructueuses et restent la seule façon de prouver la réalité des assertions de la médecine psycho-somatique.

Au point de vue chirurgical, tant que l'atrésie fibromusculaire sera une découverte, à peine soupçonnée à l'intervention, de l'examen histologique, le problème en restera au point où SPRIET le résumait en 1946 . "Si des interventions palliatives peuvent être pratiquées théoriquement et dans quelques cas heureusement diagnostiqués et présumés bénins, bien souvent le chirurgien intervient hanté par l'idée du cancer et c'est cette éventualité qui force à recourir à une intervention plus mutilante : la gastrectomie. Il ne faut pas d'ailleurs prendre au tragique une telle décision étant donné la bénignité actuelle de cette intervention."

A la suite des travaux d'ALBOT et MAGNIER l'atrésie fibromusculaire est théoriquement destinée à être une affection que l'on opère en toute connaissance de cause. Cet état de fait ne paraît cependant pas avoir modifié la technique chirurgicale, la gastrectomie reste en 1948 le seul traitement rationnel et ses suites en ont toujours été simples.

Cette détermination chirurgicale s'est atténuée et la porte est ouverte aux interventions palliatives dans les publications des mêmes auteurs sur l'hypertrophie musculaire du pylore, en 1953. En principe, la gastrectomie demeure l'intervention de choix, les interventions palliatives exposant à la sténose cicatricielle. "Et pourtant si l'indication de la gastrectomie persiste chez le malade jeune menacé de sténose, il pourrait sembler logique, chez des gens âgés, pour cette affection non cancéreuse et localisée, dont le diagnostic radiologique préopératoire est maintenant courant, d'éviter cette gastrectomie sur les inconvénients de laquelle on insiste actuellement" sont mentionnées : 1 gastro-entérostomie et 1 pylorectomie (QUENU), 3 pyloroplasties (R. BERNARD), 1 gastro-entérostomie avec vagotomie pratiquée à la demande des auteurs (F. POILLEUX), avec de bons résultats éloignés.

Avant de discuter des différentes interventions envisagées, il faut répondre à une éventuelle objection : pourquoi si la gastrectomie était jusqu'alors adoptée ne pas continuer dans cette voie et d'autre part pourquoi s'efforcer à un diagnostic préopératoire puisque diagnostic posé ou ignoré l'estomac tombe avec les lésions qu'il porte. Cette dernière préoccupation suppose que dans tous les cas cancéreux ou non on pratique une gastrectomie identique, ne suivant pas la tendance à l'exérèse totale et élargie. Il serait en effet catastrophique d'avoir enlevé la totalité de l'estomac à nos malades considérés comme cancéreux. Pour qui pratique, une chirurgie large de principe il est indispensable de faire le diagnostic préopératoire radiologique d'atrésie fibromusculaire. Pour qui demeure économe dans la coupe gastrique et enlève les deux tiers pour un cancer antro-pylorique la question du diagnostic préopératoire ne serait en effet pas cruciale si la gastrectomie demeurait l'intervention bénigne dont parle SPRIET. Or les inconvénients qui sont actuellement

à l'honneur font que dans les cas bénins, non associés à un ulcère, l'intervention minima devient aussi logique que peut l'être le maximum d'exérèse de lésions malignes.

INCONVENIENTS DE LA GASTRECTOMIE -

Nous avons évidemment en première objection que la gastrectomie est une mauvaise intervention chez les nerveux et qu'en conséquence on tend à en restreindre les indications chez cette catégorie de malades. Cela tient vraisemblablement à ce que l'exagération fonctionnelle a joué le plus grand rôle au moment de la décision opératoire. Par la suite, les symptômes névrotiques se manifestent à partir de l'estomac restant, d'autant plus facilement d'ailleurs que les troubles mécaniques et nutritifs sont fréquents après gastrectomie et que le terrain d'action psycho-somatique s'en trouve tout préparé. Les méthodes palliatives ou d'exérèse localisée auraient donc l'avantage de procurer un soulagement post-opératoire immédiat et de mettre à l'abri de troubles mécaniques ultérieurs dus au petit estomac, sur lesquels viennent se greffer les troubles névrotiques.

Il existe cependant une faille dans cet aspect logique de la chirurgie conservatrice chez les psychiques. C'est que si un traitement psychique complémentaire n'est pas entrepris et que de nouveaux symptômes digestifs apparaissent, quels soucis ne se fera-t-on pas au sujet de la pyloroplastie, de la pylorectomie ou de la gastro-entérostomie et quelle ne sera pas la tentation de réopérer le malade. La radiographie n'étant pas d'un secours diagnostique absolu dans ces cas.

En dehors de cette catégorie de malades, la gastrectomie semble être mal supportée par les personnes dont le métier exige de durs efforts et un régime alimentaire conséquent. L'absorption même fractionnée de grandes quantités de liquides et d'aliments provoque fréquemment des troubles mécaniques et d'assimilation. Conserver la plus grande partie de leur estomac est indispensable à ces malades. Nous trouvons ensuite les gens âgés ou à l'état général très altéré pour lesquels on envisage l'acte chirurgical minimum, et l'on sait que l'atrésie fibro-musculaire est fréquente chez le vieillard, et que la sténose pylorique qui est son aboutissement provoque une atteinte souvent alarmante de l'état général.

Enfin d'une façon générale qu'il s'agisse de nerveux, de malades jeunes ou âgés, d'intellectuels ou de ou de travailleurs de force, en l'absence d'ulcère et de lésions fibreuses étendues, la gastrectomie apparaît une intervention qui dépasse largement les lésions auxquelles elle s'adresse en matière d'hypertrophie du pylore ou d'atrésie fibro-musculaire.

Tout ceci n'aboutit pas au rejet de la gastrectomie. Les cas associés à l'ulcère de la petite courbure représentent la plus grande partie des cas rapportés et la gastrectomie peut être difficilement discutée. Elle seule permet de faire disparaître les deux lésions. Cependant lorsqu'en raison de l'âge ou de l'état du malade, une gastro-entérostomie paraît plus sage, la présence de lésions antro-pyloriques n'est peut-être plus une contre-indication formelle.

INTERVENTIONS PALLIATIVES - EXERCISES LIMITEES.

La pratique de ces interventions suppose :

- 1°/ que le diagnostic préopératoire d'atrésie fibro-musculaire ou d'hypertrophie pylorique soit posé.
- 2°/ qu'il existe au minimum un doute suffisant pour qu'une biopsie extemporanée soit prévue.
- 3°/ Que le chirurgien possède une certitude de bénignité des lésions lorsque le diagnostic préopératoire de cancer ou d'ulcère paraît faux.

Cette dernière éventualité n'est pas un bon terrain. Pratiquement on faiblira toujours devant la crainte d'un cancer et il est préférable qu'il en soit ainsi. Tout au plus le chirurgien, dans le doute, pourra-t-il revoir les radiographies : la découverte d'un aspect typique d'atrésie fibro-musculaire ou d'hypertrophie pylorique qui n'avait pas été antérieurement remarqué, pouvant proburer la certitude de bénignité des lésions.

La question de la participation de l'histologiste au diagnostic per-opératoire offre l'inconvénient majeur de n'être valable que si le prélèvement biopsique est pratiqué au bon endroit. On a signalé l'association d'un petit épithélioma et de lésions d'atrésie fibro-musculaire. Il existe d'autre part des hypertrophies antro-pyloriques consécutives aux endogastroses.

Nous connaissons un médecin qui voici plus de dix ans subit une pyloroplastie pour hypertrophie pylorique avec sténose. Cette intervention dont les résultats restent remarquables fut rendue possible par un examen histologique extemporané. Celui-ci fut

motivé par le doute au sujet de l'exactitude du diagnostic de cancer qui avait été évoqué.

L'examen histologique est précieux pour confirmer à l'intervention un diagnostic préopératoire hésitant non du fait des éléments cliniques et radiologiques mais du manque d'habitude de ce genre de diagnostic. Seuls des gastro-antérologistes très spécialisés étant susceptibles de rencontrer relativement souvent l'atrésie fibro-musculaire (la statistique de KIRKLIN relève 81 cas pour 60.000 examens radiologiques de l'estomac), la biopsie extemporanée devrait être pratiquée volontiers par ceux qui n'observeront que quelques cas, et qui resteront la majorité des médecins et chirurgiens. On objectera avec juste raison que ces malades pourraient être systématiquement adressés aux spécialistes très spécialisés. Et de fait le meilleur diagnostic reste celui posé fermement sur les aspects radiologiques caractéristiques. Lui seul permet de fixer la technique opératoire et d'opérer en confiance.

Quelles sont ces différentes interventions palliatives ou limitées et quels sont leurs antécédents?

1°/ Pylorotomie longitudinale extra-muqueuse ou opération de FREDET.

Il s'agit de l'intervention appliquée, depuis sa description, à l'hypertrophie du pylore du nourrisson.

Ce procédé paraît avoir été utilisé aux Etats-Unis, chez l'adulte. JUDD l'aurait pratiqué quatre fois.

Mac CANN et DEAN rapportent que quelques chirurgiens (OLIVER - BASTIANELLI - STONE - RUGGHS) l'ont utilisé avec des résultats satisfaisants, mais qu'eux-mêmes hésitent à l'appliquer pour les raisons suivantes.

- la possibilité de formation d'un diverticule à la faveur de la brèche musculaire réalisée.
- la possibilité d'une cicatrisation fibreuse et d'un soulagement partiel et temporaire de la sténose.

Ces craintes peuvent être aisément partagées. Personnellement, nous préfèrerions une autre intervention. Par ailleurs l'olive musculaire type nourrisson n'a été observée que très rarement chez l'adulte. Enfin si comme le prétendent ALBOT et MAGNIER il existe toujours une gastrite associée, l'évolution de cette dernière ne peut que reproduire tôt ou tard la sténose.

2°/ Les pyloroplasties -

Il en existe deux procédés, en dehors de celui qui consiste en une incision longitudinale du rétrécissement avec suture secondaire transversale de la brèche réalisée, et qui n'est plus pratiqué en raison des récurrences de la sténose.

- gastro-duodénostomie - opération de FINNEY

Etablissement d'une large anastomose gastro-duodénale au moyen d'une incision en forme de fer à cheval pratiquée au niveau de la région pylorique.

- duodéno-sphinctérectomie antérieure - opération de JUDD

La simple incision du sphincter telle qu'elle est pratiquée par FINNEY ne supprimant pas toujours le spasme, JUDD découpe un quadrilatère antérieur antro-pyloro-duodéal et fait une

large anastomose par rapprochement des bords extrêmes de la brèche résultant de cette résection.

DEAVER et BURDON pratiquent une résection antérieure n'intéressant que la séro-musculaire.

Ces deux interventions sont en général appliquées à des ulcères duodénaux avec retentissement pylorique. Elles permettent la résection ou l'enfouissement de l'ulcère et la suppression de la sténose. JUDD a utilisé son procédé dans 10 cas d'hypertrophie musculaire du pylore chez l'adulte (1933). D'autres chirurgiens ont également pratiqué la pyloroplastie dans un ou deux cas.

Cette intervention est bien supérieure à la pylorotomie extra-muqueuse car elle établit une large anastomose qui est bien moins susceptible de se sténoser ultérieurement. Elle est praticable dans les cas où l'hypertrophie musculaire ne s'accompagne pas d'une gastrite de tout l'estomac horizontal qui risque de compromettre la perméabilité de l'anastomose dans l'avenir.

3°/ La pylorectomie -

Il s'agit d'une résection antro-pylorique avec anastomose gastro-duodénale termino-terminale.

Cette intervention nécessite la présence d'un duodénum mobile.

Sur la pyloroplastie l'avantage réside dans la suppression des lésions.

Sur la gastrectomie, les avantages seraient :

- la plus grande simplicité et rapidité.
- pas de duodénum à former et enfouir
- physiologie gastro-duodénale et intestinale moins perturbée.

JUDD a pratiqué six fois cette intervention pour hypertrophie du pylore chez l'adulte.

MAC CANN et DEAN l'ont pratiquée une fois pour une récurrence de sténose pylorique après pyloroplastie.

4°/ La gastro-entérostomie.

Il semble logique de la réserver aux cas associés à l'ulcère gastrique, lorsqu'une gastrectomie n'est pas indiquée en raison de l'âge ou de l'état général.

En conclusion de cet exposé des différentes interventions susceptibles d'être préférées à la gastrectomie des deux tiers pour le traitement de l'atrésie fibromusculaire et de l'hypertrophie musculaire du pylore non associées à un ulcère gastrique, il reste à choisir entre deux d'entre elles, la pyloroplastie et la pylorectomie avec anastomose gastro-duodénale termino-terminale.

Si la théorie qui fait de la gastrite chronique l'origine de l'atrésie fibromusculaire et de sa forme pylorique myomateuse, est exacte, il y aurait intérêt dans tous les cas à pratiquer une antro-pylorectomie supprimant les lésions. Dans les cas où une mobilité duodénale suffisante n'autoriserait pas à pratiquer cette intervention il serait alors préférable de recourir à la gastrectomie.

La pyloroplastie en effet est peu engageante si l'on considère uniquement le fait qu'elle est pratiquée au milieu des lésions sténosantes qui continueront à évoluer. Cependant cette évolution étant réputée extrêmement lente, si le malade est âgé, cet argument de récurrence est de poids moindre que celui du danger ou de l'inconvénient d'une gastrectomie. Par ailleurs, la large anastomose réalisée mettra beaucoup plus longtemps à se sténoser et d'autant plus que l'élément spasme est en principe supprimé par la résection que pratique JUDD.

En ce qui concerne nos malades, qui ont supporté aisément une gastrectomie des deux tiers, la question du choix entre pyloroplastie et pyloréctomie aurait été l'intervention vraiment à la mesure de leurs lésions, à l'exception de la malade porteuse d'un petit nodule léiomyomateux lequel aurait pu faire l'objet d'une exérèse avec pyloroplastie à la condition qu'il fût situé sur la partie antérieure du sphincter.

CONCLUSIONS

Après avoir rapporté cinq observations de malades gastrectomisées pour ulcère ou cancer et porteurs en réalité de lésions bénignes du type hypertrophie antro-pylorique, nous avons discuté ces cas dans le cadre de l'atrésie fibromusculaire de l'antro-prépylorique décrite en 1948 par ALBOT et MAGNIER. La question essentielle du diagnostic radiologique préopératoire prétendu possible dans la majorité des cas grâce à la pratique de la phar macoradiographie, a été discutée, et l'absence de signes caractéristiques sur les clichés que nous possédons nous a amené à chercher rétrospectivement l'élément du tableau clinique capable de faire douter du diagnostic posé et approfondir l'étude radiologique.

Nous avons pensé que l'existence chez quatre de nos malades d'un "tempérament nerveux" pouvait avoir brouillé les cartes et que la constatation chez de tels malades de troubles névrotiques devrait permettre de reconsidérer le diagnostic et de ne pas se précipiter vers l'intervention chirurgicale. L'apport de la médecine psychosomatique à l'étude de l'atrésie fibro-musculaire de l'antre a d'abord été considéré sous cet aspect de la contribution au diagnostic. Par la suite nous avons abouti à une théorie pathogénique : la psychogenèse, qui s'est révélée insuffisante à tout expliquer et à expliquer, même partiellement, tous les cas.

Le problème du traitement chirurgical, en raison des inconvénients de la gastrectomie et de ses résultats incomplets chez trois de nos malades, ainsi que de son caractère très large par rapport aux lésions anatomiques, s'est trouvé orienté vers la pyloroplastie et surtout la pylorrectomie étant entendu qu'il s'agit d'atrésie fibromusculaire ou d'hypertrophie musculaire du pylore non associées à un ulcère.

Ces trois chapitres : diagnostic, point de vue psychosomatique et chirurgie palliative ou limitée, sont étroitement liés. Le diagnostic préopératoire est indispensable à la pratique des interventions type pyloroplastie ou pyloréctomie et la biopsie extemporanée ne peut le remplacer que dans les cas où le soupçon de cancer ne peut être éloigné malgré de bonnes radiographies. La prise en considération du psychique outre son incidence sur le diagnostic influe beaucoup sur la décision chirurgicale. Etant admis que l'on évite de gastrectomiser les sujets nerveux, nous avons vu que d'un autre côté, la pratique des interventions palliatives était délicate en raison des soucis provoqués par la réapparition éventuelle de troubles fonctionnels après l'intervention. Ces derniers risquant d'être attribués à tort à une évolution persistante des lésions de sténose, d'où la tentation de réopérer le malade.

Vu : Le Président de Thèse

Professeur MOREAU

Vu : Le Doyen de la
Faculté de Médecine de Paris

L. BINET

VU et PERMIS D'IMPRIMER

Le Recteur de l'Académie de Paris

J. SARRAILH

BIBLIOGRAPHIE.

ALBOT G. et MAGNIER F. -

L'atrésie fibromusculaire de l'antré prépylorique.
Arch. des Mal. de l'appareil digestif. Sep.Oct.
1948, 561-587 -

L'hypertrophie musculaire du pylore - Arch. Mal.
App. Dig. Mars 1953, 347-378.

Les variétés étiologiques des antres en doigt de
gant. La Sem. des Hop. de Paris N° 68 14 Sep. 1950
3606-3611.

ALBOT G., LE CANUET R., FEFFER J. et BUHOT S.

La pharmaco-radiographie du canal pylorique, de
l'antré et de la petite courbure gastrique.
Arch. Mal. App. Dig. Avril 1947.

AUNEAU -

Sténose hypertrophique du pylore chez le
vieillard. Thèse Paris 1922.

ALEXANDER F.

Psychoanalyt. Quart. 3 : 501- 1934 -

BAUDY R.

Sténose inflammatoire du pylore d'origine
lymphangétique - Thèse Lyon 1943.

BEATTIE J.

Canad. M.A.T. 26 : 278 - 1932.

BRILLE -

Les sténoses hypertrophiques du pylore chez
l'adulte - Thèse Paris 1940.

MAC CANN J.C. et DEAN (M. Hypertrophy of pyloric muscle
in adult experience with conservative and radi-
cal surgical treatment. Surg. gynecol et obstetric.
Mai 1950, 90, 535, 542.

CHENE ET SPRIET -

Les sténoses hypertrophiques bénignes du pylore chez l'adulte - Arch. Mal. App. Dig. N° 8.9.1946, 285,302.

COPPERE J.C.

Sténoses hypertrophiques du pylore chez l'adulte.

Thèse Lyon 1948-1949, n° 157.

CUSHING H.

Surg. gynec. Obst. 55 : 1. 1932

EUSTERMANN G.B. J

J. M. Soc. New Jersey 36 : 1, 1939

FRIESS et NELSON

Am. J. Med. Sci. 203 : 539, 1942.

GOLDHALEN

Le traitement conservateur de la dilatation gastrique pour sténose pylorique bénigne. Deutsch. Med. Woch. Avril 1938 -

GUENIN P. L'hypertrophie pylorique pure chez l'adulte.

Entretiens de Bichat - Chir. et Spéc. 1949

GUTMANN R.A.

Les déformations pseudonéoplasiques de l'antré dans l'ulcère de la P.C. - Presse médicale n° 47 - 1945

HARVIER et DEBRUN

La sténose par hypertrophie musculaire chez l'adulte. Paris Médical 25 Février 1933.

JUDD

Sténose hypertrophique du pylore chez l'adulte - Surgery clinic of North America 13-1933

KIRKLIN B.R.

Hypertrophie du pylore chez l'adulte - Staffmeet of the Mayo clinic 9 Nov. 1932 et Am. Journal of. Ront. 59, Avril 1933.

LANDROT D. Hypertrophie antropylorique pure de l'adulte.

Thèse Paris n° 326 1951

MACY et ALLEN -

Ann. Int. Med. 7 : 861, 1934.

MAGNIER F.

Contribution à l'étude anatomoradiologique des
atrésies fibro-musculaires de l'antre prépylorique.
Thèse Paris 1948.

MONDOR, OLIVIER et PERIER -

Sténose hypertrophique du pylore chez l'adulte.
Acad. de chir. 8 Novembre 1954.

PLAUCHU et FRAISSE -

Les sténoses hypertrophiques du pylore chez
l'adulte - Lyon Médical n° 35 - 29 Août 1948 -
Lyon Médical n° 36 5 Sep. 1948 -
A propos de huit observations de sténose hyper-
trophique du pylore chez l'adulte. Arch. Mal.
App. Dig. n° 5 - 6 - Mai-Juin 1949.

ROSENBERG M.

Hypertrophies pyloriques idiopathiques de l'adulte.
Thèse Paris 1947 - n° 294 -

SPRIET R.

Contribution à l'étude des sténoses hypertrophiques
bénignes du pylore chez l'adulte. Thèse Paris 1946-
n° 29.

STEVENSON G.S. J.A.M.A. 94; 333, 1930.

TOUPET et MOUCHET -

Considérations sur la sténose hypertrophique bénigne
du pylore chez l'adulte. Journal de chir. 1937,
117.

WILBUR et MILLS -

Ann. Int. Med. 12 : 821, 1938

WOLF S. et WOLFF H.G. - J.A.M.A. 120 : 670, 1942.
